

Kepercayaan Ibu Rumah Tangga tentang Nyamuk, Aryani Pujiyanti, dkk.

KEPERCAYAAN IBU RUMAH TANGGA TENTANG NYAMUK *Aedes* DAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *Dengue* DI KELURAHAN ENDEMIS

HOUSEWIVES BELIEF ABOUT *Aedes* MOSQUITO AND DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION IN AN ENDEMIC SUB DISTRICT

Aryani Pujiyanti¹, Ira Paramastri², Atik Triratnawati³

¹ Lembaga Penelitian Pengembangan dan Pengendalian Vektor, Salatiga

² Fakultas Psikologi, UGM, Yogyakarta

³ Fakultas Ilmu Budaya, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Active community participation in controlling mosquito breeding sites (*Pemberantasan Sarang Nyamuk/PSN*) in Semarang especially apart from epidemic situation was difficult to be formed as a habit. It was shown by the high incidence of dengue hemorrhagic fever cases and the larva-free rate that haven't met the national indicator of 95%. The lack of comprehension about DHF, vector and DHF prevention could be barriers in implementation of DHF prevention. This understanding was connected with local belief and social cultural factors in the community.

Objective: To explore housewife's belief of *Aedes* mosquitoes that might affect DHF prevention practice in endemic sub district, Tembalang district, Semarang.

Method: Research was conducted with qualitative design, using case study. Subject of the study were 17 housewives which selected with purposive sampling. The data collection was carried out through focus group discussions, indepth interviews and observation. The techniques used to test data validity were triangulation and member checking method. Data were analyzed using content analysis approached.

Results: Housewives who had small children felt more vulnerable toward DHF. The community would tend to pay attention to the seriousness of the threat when DHF cases were increased in the community. *Aedes* sp was more perceived as a nuisance rather than disease vectors. Barriers that arise from *PSN* were the implementation that was not all together and *PSN* needed specific time and energy.

Conclusion: Housewives tend to use a biomedical model for understanding the causes, signs and treatment of critical stage of DHF. Housewives perception of *Aedes* could be explained by naturalistic model. *PSN* suggested by health practitioners was not suitable with cultural context. A program that could be suggested was a training of cadres to identify mosquito breeding sites, introduction of mosquito-stage development and the correct practice of *3M* plus.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, belief, housewives, *Aedes*

PENDAHULUAN

Prevalensi demam berdarah *dengue* (DBD) klinis di Jawa Tengah lebih banyak dijumpai pada kelompok responden berpendidikan rendah, yang tinggal di wilayah perkotaan.¹ Selama 10 tahun terakhir, tren kasus DBD di Kota Semarang cenderung meningkat. Pada tahun 2008 terjadi peningkatan jumlah kasus yang cukup tinggi yaitu 5.249 kasus, hampir 2 kali lipat dari tahun 2007 yang hanya sebesar 2.924 kasus. Sepanjang tahun 2009, sebanyak 22 orang telah meninggal dari 1.754 kasus penyakit demam berdarah *dengue* di Kota Semarang. Jumlah penderita DBD yang meninggal hingga Mei 2009 lebih besar dibandingkan dengan jumlah penderita yang meninggal sepanjang tahun 2008, yaitu 18 orang.²

Kecamatan Tembalang termasuk ke dalam daerah endemis DBD dengan peningkatan *incidence*

rate yang cukup tinggi dalam 3 tahun terakhir. Kelurahan Sendangmulyo, Kecamatan Tembalang, masuk ke dalam 10 besar kelurahan dengan penderita DBD tertinggi di Kota Semarang. Kelurahan Sendangmulyo terdiri dari 29 RW. Sebagian besar wilayahnya merupakan perumahan dan hanya 5 RW (17%) merupakan daerah perkampungan yang sebagian besar penduduknya adalah penduduk asli.³ Data penyakit demam berdarah (DB) tahun 2009 menunjukkan bahwa di Kelurahan Sendangmulyo terdapat kasus DB sebanyak 127 kasus dan lebih dari seperlima penderita kasus DB (23,6%) terdapat pada RW-RW yang masuk ke dalam wilayah perkampungan (pemukiman penduduk asli).⁴

Health Belief Model (HBM) menjelaskan bahwa kemungkinan individu untuk melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*),

yaitu ancaman yang dirasakan dari rasa sakit dan pertimbangan keuntungan ataupun kerugian, ancaman, keseriusan, serta pertimbangan keuntungan dan kerugian dari perilaku yang direkomendasikan. *Health Belief Model* (HBM) dipengaruhi oleh variabel demografi (usia, jenis kelamin, budaya), variabel sosiopsikososial (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman masalah kesehatan).^{5, 6, 7}

Promosi kesehatan tentang pencegahan DBD selama ini ditekankan melalui kampanye kebersihan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M plus. Partisipasi aktif masyarakat di dalam penyelenggaraan PSN sangat sulit dibentuk untuk menjadi suatu kebiasaan, terutama di luar kondisi KLB. Hal ini ditunjukkan dengan masih tingginya kasus DBD dan angka bebas jentik (ABJ) yang belum memenuhi indikator nasional 95%.² Pendidikan kesehatan tentang PSN DBD mampu meningkatkan pengetahuan responden terhadap penyakit demam berdarah, namun belum sepenuhnya ditunjukkan ke dalam perilaku pencegahan yang nyata.^{8,9} Beberapa studi telah menunjukkan keberhasilan penerapan pendidikan kesehatan melalui sintesis dari faktor sosial budaya di masyarakat dengan menggunakan bahasa, kepercayaan, serta persepsi lokal dari masyarakat tersebut.^{10,11,12}

Kepercayaan datang dari yang individu lihat (persepsi) dan yang dia ketahui akan suatu objek tertentu. Kepercayaan dapat terus berkembang berdasarkan pengalaman pribadi, apa yang diceritakan orang lain dan kebutuhan emosional individu. Pengetahuan saja tidak cukup untuk mengubah perilaku, akan tetapi untuk dapat melakukan suatu tindakan, seseorang harus dapat memahami pesan atau arti dari tindakan yang akan dia lakukan.¹³ Pemahaman yang berbeda antara kebutuhan kesehatan objektif dari petugas kesehatan dan kebutuhan kesehatan subjektif masyarakat dapat menjadi hambatan dalam terbentuknya suatu perilaku kesehatan yang benar.

Promosi PSN membutuhkan penelaahan lebih lanjut mengenai faktor sosial dan budaya di masyarakat yang dapat mendukung atau menghambat pelaksanaan PSN, terjadinya perubahan perilaku dan bagaimana pemahaman masyarakat selama ini mengenai pencegahan DBD. Berdasarkan latar belakang tersebut, studi ini ingin mengeksplorasi kepercayaan ibu rumah tangga

tentang nyamuk *Aedes* dan yang berpengaruh terhadap praktik pencegahan DBD di kelurahan endemis, Kecamatan Tembalang, Semarang sehingga dapat dibuat suatu pemahaman pesan kesehatan tentang PSN yang sesuai dengan spesifikasi masyarakat tersebut.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif. Rancangan yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan fenomenologi.¹⁴ Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Sendangmulyo yang merupakan kelurahan endemis dengan kasus DBD tertinggi dan memiliki data ABJ yang masih di bawah indikator nasional 95% di Kecamatan Tembalang, Semarang selama tahun 2006-2009. Lokasi penelitian dipusatkan di RW 1 Kelurahan Sendangmulyo karena selain masuk sebagai daerah endemis DBD, RW ini memiliki jumlah penduduk asli lebih banyak dan lebih padat dibandingkan dengan wilayah RW-RW perkampungan lainnya.

Informan yang dipilih berdasarkan tujuan memilih sampel (*purposive sampling*), yaitu mereka yang memiliki banyak informasi dengan menggunakan informan kunci (*key person*) yaitu tokoh masyarakat dan kader.^{15, 16} Informan yang dipilih berjumlah 17 orang, yaitu 8 orang informan wawancara mendalam dan 9 orang peserta diskusi kelompok terarah (DKT). Kriteria pemilihan sampel adalah ibu rumah tangga yang tinggal dan merupakan penduduk asli di Kelurahan Sendangmulyo, bersedia dan memiliki waktu untuk terlibat di dalam penelitian. Jika di dalam rumah terdapat lebih dari 1 KK, dipilih salah satu ibu rumah tangga dengan pendidikan minimal SLTP, bersedia berpartisipasi, dan berkomunikasi aktif. Pemilihan informan wawancara mendalam didasarkan pula dari hasil observasi pemantauan jentik awal, yaitu dibedakan dari informan yang tempat tinggalnya positif jentik dan informan yang rumahnya tidak ada jentik.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, DKT, dan observasi berdasarkan pedoman wawancara, DKT dan pedoman observasi yang telah dibuat. Teknik untuk mendapatkan derajat kepercayaan (*truthworthiness*) dilakukan pendekatan triangulasi metode, *member checking* dan *debriefing*.^{17,18} Peneliti melakukan uji coba pada pedoman wawancara mendalam untuk mengetahui pemahaman informan terhadap bahasa

atau pertanyaan yang ada di dalam pedoman. Analisis data dilakukan dengan *content analysis*.^{14,16}

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Modernisasi dan perkembangan demam berdarah

Hasil wawancara mendalam dan DKT menunjukkan bahwa penyebab demam berdarah lebih banyak dipahami karena gigitan nyamuk dan kondisi lingkungan. Sebagai masyarakat perkotaan yang lebih mudah mengakses informasi kesehatan, ibu rumah tangga di Sendangmulyo lebih banyak mengenal demam berdarah sesuai dengan penyuluhan yang disampaikan oleh tenaga kesehatan. Deskripsi dari para informan mengenai tanda dan penyebab DBD menunjukkan bahwa ibu rumah tangga lebih banyak memahami penyakit ini sesuai konsep biomedis (*biomedical model*). Konsep biomedis menganggap bahwa hidup dikontrol oleh sejumlah proses fisik dan biomedik yang dapat dipelajari atau dimanipulasi.¹⁹ Sesuai dengan model tersebut, ibu rumah tangga menganggap DBD sebagai penyakit yang dapat disembuhkan dan dapat dikendalikan.

Selain *biomedical model*, beberapa informan masih memegang model penyakit sesuai model naturalistik. Dari hasil penelitian, DBD dianggap sebagai penyakit baru di Sendangmulyo akibat adanya penduduk pendatang. Perubahan ekosistem lingkungan karena pembangunan perumahan dianggap yang membuat banyak habitat potensial bagi perkembangan nyamuk. Model naturalistik memandang secara alamiah sehat sebagai suatu keseimbangan/harmoni individu dengan lingkungannya atau dapat juga didefinisikan sebagai kondisi positif dari lingkungan, sosial budaya dan perilaku. Masyarakat yang menganut konsep ini akan mempercayai apabila keseimbangan terganggu oleh faktor luar maupun dari dalam maka akan terjadi penyakit.^{19,20}

2. Demam berdarah sulit dikenali

Pemahaman keseriusan terhadap penyakit DBD berhubungan dengan bagaimana ibu rumah tangga memandang tanda dan gejala penyakit ini. Konsep tanda penyakit DBD dihubungkan dengan kondisi kenaikan suhu tubuh (panas/demam). Demam sebagai fase ringan membuat pengobatannya tidak membutuhkan penanganan khusus, cukup diobati di rumah dengan menggunakan obat bebas atau

perawatan tradisional. Konsep demam sebagai fase umum gejala penyakit disesuaikan dengan pemahaman informan bahwa demam juga menjadi tanda bagi penyakit-penyakit infeksi lain seperti tipus dan radang. Konsep kemunculan demam sebagai fase ringan dan fase umum merupakan hambatan pada ibu rumah tangga untuk melakukan tindakan pengobatan pada tahap dini.

“... demam berdarah itu susah dideteksi. . . panas bisa kadang dinyatakan tipus, tapi ternyata hasilnya demam berdarah . . . kadang-kadang disangka DB, tapi belum tentu DB. Dia kadang tipus, kadang radang, jadi untuk mendeteksi langsung ini penyakit DB itu sekarang sulit.” (R2, wawancara mendalam)

Di dalam lingkungan keluarga, keseriusan terhadap penanganan demam berubah ke level yang lebih tinggi apabila dijumpai tanda demam yang berlangsung beberapa hari, kondisi penderita tampak lemas, dan jika demam disertai dengan adanya bintik pada kulit dan perdarahan seperti *mimisan*. Pada tahap ini dugaan akan kemungkinan terjangkit penyakit demam berdarah mulai muncul dan informan baru akan membawa penderita berobat ke sarana kesehatan dan melakukan pemeriksaan darah. Kesulitan membedakan antara demam berdarah dengan penyakit infeksi lain membuat ibu rumah tangga memandang ringan dan menyamakan penyakit demam berdarah sebagai penyakit yang mudah disembuhkan. Ibu rumah tangga tidak menghubungkan penyakit dengan kehadiran nyamuk sehingga mereka tidak melakukan upaya pencegahan efektif untuk melindungi diri dari demam berdarah.²¹

Keseriusan DBD juga dipandang dari banyaknya kasus di masyarakat. Di lingkungan penduduk asli Sendangmulyo, penyakit ini hampir tidak “nampak” dari pandangan masyarakat. Keseriusan demam berdarah masih ditanggapi secara pasif oleh penduduk asli. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa prevalensi DBD yang lebih rendah dari penyakit lain, membuat penyakit ini di dalam masyarakat dianggap sebagai penyakit yang tidak berbahaya. Demam berdarah *dengue* (DBD) dipahami tidak menimbulkan efek negatif dalam kehidupan sehari-hari dan konsekuensi dari kepercayaan tersebut adalah masyarakat merasa penyakit tersebut tidak membutuhkan perhatian dan perawatan khusus.¹²

Berdasarkan hasil penelitian, penanganan demam berdarah di Sendangmulyo lebih banyak ke arah kuratif daripada upaya preventif. Kesadaran masyarakat Sendangmulyo untuk pencarian pengobatan rujukan sudah cukup tinggi. Demam berdarah diyakini dapat disembuhkan apabila dibawa berobat ke rumah sakit sehingga walaupun diketahui demam berdarah dapat berakibat fatal, selama ini belum ada korban yang meninggal.

“Di sini kan kesadaran untuk itu kan sangat baik sekali ya..mungkin kalau dibawa ke rumah sakit baru tertolong. Jadi kalau sampai meninggal dunia, itu nggak sampai.” (R4, wawancara mendalam)

Implikasi hal tersebut adalah ibu rumah tangga menganggap demam berdarah bukan masalah besar di lingkungan mereka dan mereka juga tidak merasa takut untuk tertular. Pelayanan kesehatan kuratif lebih cepat diterima daripada upaya preventif karena hasilnya lebih mudah didemonstrasikan.¹⁹ Keyakinan demam berdarah dapat disembuhkan dan keterjangkauan pelayanan kuratif membuat masyarakat merasa dapat mengendalikan ancaman penyakit dan menurunkan kepercayaan terhadap keseriusan dan kerentanan penyakit.²²

Sebagian informan meyakini bahwa anak-anak lebih rentan terserang demam berdarah daripada usia dewasa. Informan merasa tidak mampu melakukan pencegahan demam berdarah di luar rumah karena tidak dapat memperkirakan kapan dan di mana nyamuk DB akan menggigit dan menularkan demam berdarah ke anak-anak. Perilaku masyarakat lebih mudah diperkirakan dari kepercayaan yang mereka yakini daripada hasil yang sebenarnya mereka mampu capai. Pemahaman *self efficacy* ini membantu menentukan yang individu lakukan dengan pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki.²³

Berdasarkan hasil penelitian dapat dieksplorasi bahwa faktor yang mempengaruhi kepercayaan ibu rumah tangga di Sendangmulyo akan ancaman keseriusan dan kerentanan demam berdarah adalah berdasarkan pertimbangan jumlah kasus, kelompok umur yang terkena, pengalaman akan DBD, kondisi lingkungan, pengetahuan dan informasi DBD yang diterima serta konsep pemahaman penyakit naturalistik.

3. Kepercayaan terhadap nyamuk *Aedes*

Nyamuk dipahami sebagai objek yang memiliki mobilitas, dapat berpindah dan menjangkau area lain dengan cepat. Individu menganggap sulit untuk membatasi perkembangan atau wilayah gerak nyamuk jika masyarakat tidak melakukan kegiatan pengendalian vektor secara bersamaan. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa pencegahan demam berdarah bukan merupakan masalah yang dapat dipecahkan sendiri melainkan sebagai suatu kerja sama dari setiap rumah tangga, anggota komunitas yang lain dan pemerintah.²¹

Komunitas cenderung memahami keberadaan nyamuk *Aedes* di lingkungan mereka sesuai model naturalistik. Nyamuk secara umum dianggap suatu hal yang alamiah untuk lingkungan tropis seperti Sendangmulyo dan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Peningkatan jumlah nyamuk terjadi pada musim penghujan, serta perubahan lingkungan akibat kepadatan penduduk dan modernisasi lingkungan alamiah.

Nyamuk *Aedes* lebih dipandang sebagai gangguan daripada sebagai vektor penyakit karena rasa gatal dan suara bising yang ditimbulkan. Hampir seluruh informan baik dari wawancara maupun DKT setuju bahwa nyamuk *Aedes* dapat menjadi penular DB, namun para informan meyakini tidak selalu jika seseorang tergigit *Aedes* akan sakit demam berdarah. Kepercayaan tersebut menunjukkan bahwa gigitan nyamuk *Aedes* tidak dianggap sebagai hal serius di masyarakat. Ibu rumah tangga tidak merasa rentan untuk tertular demam berdarah.

“Ndak takut. Pokoknya saya gini, biasanya kan penularan itu kan nggak mestinya langsung nggigit langsung nular. Ndak mestinya itu.” (Saya tidak takut karena menurut saya setiap tergigit oleh nyamuk belum tentu akan langsung menularkan demam berdarah. Itu belum pasti). (R8, wawancara mendalam)

Nyamuk *Aedes* dewasa dianggap ibu rumah tangga lebih banyak menggigit di luar rumah seperti di sekolah, semak/tumbuhan dan pekarangan. Hal kontradiktif terjadi antara kepercayaan perilaku menggigit nyamuk dengan upaya pencegahan gigitan yang dilakukan ibu rumah tangga. Pencegahan gigitan nyamuk yang disampaikan oleh para informan

lebih banyak untuk sasaran bayi atau balita dengan menggunakan kelambu atau *krojong*. Pada anak usia sekolah pencegahan hanya dilakukan sebagian kecil informan sebatas pemakaian obat nyamuk di dalam rumah, sehingga anak masih berisiko tergigit nyamuk saat di luar rumah.

Konsep jentik (*uget-uget*) diartikan sebagai tahapan nyamuk sebelum menjadi dewasa. Berbeda dengan nyamuk dewasanya yang dianggap banyak ditemukan di luar rumah, jentik lebih banyak ditemukan di dalam rumah. Kondisi ini menjelaskan bahwa ada hirarki dalam penerimaan ibu rumah tangga terhadap tempat perkembangan nyamuk. Tempat perindukan nyamuk di dalam memiliki tingkat lebih tinggi daripada habitat jentik di luar rumah. Hirarki berhubungan dengan tingkat risiko dari tempat perindukan di sekitar rumah. Masyarakat tidak mau bekerja sama mengendalikan jentik pada habitat dengan dari tingkat hirarki yang lebih rendah, yaitu habitat jentik di luar rumah.²²

Tidak banyak perbedaan di dalam mempersepsikan jentik antara informan yang rumahnya mengandung jentik dengan informan yang rumahnya tidak mengandung jentik. Keduanya menganggap jentik dapat menimbulkan rasa jijik. Para informan kesulitan menjelaskan tentang proses dan waktu perkembangan jentik untuk dapat berubah menjadi nyamuk (siklus hidup). Pemahaman tentang siklus hidup nyamuk berhubungan dengan frekuensi tindakan pencegahan yang harus dilakukan untuk memutus perkembangan *Aedes*.^{23,24,25}

Keberadaan jentik dianggap sebagai fenomena alamiah disebabkan karena persepsi bahwa jentik sulit untuk dihilangkan dan selalu ditemukan di dalam tempat air, walaupun kontainer air tersebut selalu dibersihkan. Ada kepercayaan bahwa karakteristik air tertentu menentukan apakah jentik nyamuk mudah berkembang di dalamnya atau tidak. Jentik dianggap dapat menimbulkan rasa jijik namun hanya beberapa informan yang menghubungkannya dengan nyamuk. Beberapa studi sebelumnya menjelaskan referensi dari pesan kesehatan untuk memperhatikan air bersih/jernih mempengaruhi keterbatasan pengetahuan masyarakat di ana mencari tempat habitat jentik.^{26,27}

4. Hasil yang diharapkan dari pencegahan DBD

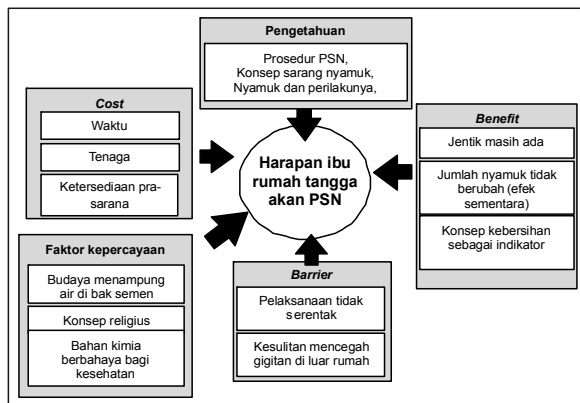
Pencegahan demam berdarah dihubungkan dengan pemahaman ibu rumah tangga bahwa

demam berdarah dapat disebabkan oleh nyamuk. Pola pencegahan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: 1) pencegahan untuk menghindari gigitan nyamuk dan 2) upaya memberantas nyamuk. Konsep sarang nyamuk dalam pesan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) diartikan informan berbeda-beda. Sarang nyamuk lebih banyak dipersepsikan sebagai tempat nyamuk *Aedes* dewasa bersembunyi pada tempat jentik hidup. Pemahaman ini membuat informan melakukan perilaku pencegahan yang lebih diarahkan pada nyamuk dewasa seperti menghindari baju digantung, membersihkan rumah dengan menyapu, mengepel dan menghindari semak/tumbuhan. Sangat penting bagi setiap rumah tangga untuk mampu mengidentifikasi dengan benar nyamuk *Ae. aegypti* dan habitatnya agar dapat mengeliminasi tempat-tempat perindukan yang tepat.²⁶

Beberapa perilaku pencegahan masih berkontradiksi dengan perilaku nyamuk *Aedes* yang disampaikan oleh informan. Pencegahan gigitan nyamuk lebih banyak untuk bayi atau balita dengan menggunakan kelambu atau *krojong*. Pada anak usia sekolah pencegahan hanya dilakukan sebagian kecil informan sebatas pemakaian obat nyamuk di dalam rumah, sehingga anak masih berisiko tergigit nyamuk saat di luar rumah. Pencegahan gigitan juga lebih banyak di malam hari, sedangkan aktivitas *Aedes* lebih banyak di siang hari. Di dalam pemahaman manfaat pengendalian vektor untuk pencegahan demam berdarah, ibu rumah tangga merasa skeptis karena walaupun sudah melakukan upaya PSN, jumlah nyamuk tidak berkurang. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kehadiran nyamuk di dalam rumah setelah masyarakat melaksanakan upaya-upaya pengendalian vektor untuk mencegah demam berdarah menurunkan persepsi masyarakat akan keberhasilan program dan membuat mereka berpikir bahwa demam berdarah tidak dapat dicegah.^{22,26}

Masyarakat sangat pragmatis dalam mengevaluasi alternatif baru untuk menentukan keuntungan bagi dirinya dalam melakukan inovasi.¹⁹ Berdasarkan hasil penelitian (Gambar 1), ibu rumah tangga di Sendangmulyo menganggap biaya (*cost*) dan hambatan (*barrier*) untuk mencegah gigitan nyamuk lebih besar dari pada manfaat (*benefit*) yang dirasakan. Penolakan penggunaan pengendalian vektor secara kimiawi seperti obat nyamuk, *fogging* dan *repellent* oleh ibu rumah tangga didasari

kepercayaan bahwa kandungan bahan kimia di dalamnya berbahaya bagi kesehatan. Hambatan lain yang muncul adalah ketidakmampuan untuk memperkirakan kapan dan dimana nyamuk DB akan menggigit terutama pada anak-anak yang lebih banyak beraktivitas di luar rumah (*barrier analysis*), sedangkan manfaat selama ini yang diterima adalah efektivitas pengendalian kimia hanya sementara untuk mengusir nyamuk bahkan terkadang tidak dapat mematikan nyamuk dewasa (*benefit analysis*).



Gambar 1. Pola kepercayaan ibu rumah tangga terhadap hasil yang diharapkan dari upaya pencegahan DBD yang dianjurkan

Beberapa kerancuan muncul pada definisi kebersihan yang sering digunakan dalam pesan kesehatan PSN. Selama ini kebersihan yang dipahami oleh informan adalah bersih untuk konteks higiene agar tidak terserang penyakit menular dari makanan, udara atau air, sedangkan kebersihan untuk program pencegahan demam berdarah adalah menghilangkan tempat-tempat perindukan nyamuk. Persepsi manfaat pengendalian jentik lebih dihubungkan dengan menjaga air dan lingkungan tetap bersih. Hambatan informan untuk melakukan cara menguras bak semen dengan menyikat karena menurut informan bak semen walau disikat pun hasilnya tidak akan sebersih bak-bak keramik atau bak plastik. Beberapa studi menunjukkan hambatan pemberantasan vektor adalah karena beberapa upaya pengendalian yang dianjurkan ternyata tidak sesuai dengan praktek penyimpanan air rumah tangga. Pesan pada materi edukasi yang memuat contoh-contoh gambaran kondisi rumah yang kurang bersih membuat ibu rumah tangga merasa tertekan akan keterbatasan kemampuan mereka di dalam merawat

kebersihan rumah dan membuat rumah menjadi bebas penyakit. Hasil akhirnya adalah ibu rumah tangga menolak upaya pengendalian vektor yang ditawarkan karena merasa tidak mungkin memenuhi kondisi ideal seperti itu.^{12,22}

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ibu rumah tangga cenderung menggunakan model biomedis untuk memahami tentang penyebab, tanda dan pengobatan stadium lanjut DBD. Ibu rumah tangga yang memiliki anak kecil merasa lebih rentan untuk terkena penyakit DBD sedangkan komunitas akan cenderung memperhatikan keseriusan ancaman DBD saat ada peningkatan kasus di dalam komunitas.

Persepsi ibu rumah tangga terhadap nyamuk *Aedes* dipahami sesuai model naturalistik. Nyamuk *Aedes sp* lebih dipersepsikan sebagai gangguan daripada vektor penyakit. Ibu rumah tangga kesulitan menjelaskan tentang siklus hidup nyamuk dan kaitannya dengan perilaku pencegahan DBD. Mobilitas nyamuk yang lebih banyak di luar rumah membuat ibu rumah tangga merasa kurang mampu melakukan upaya pencegahan DBD terutama pada anak-anak.

Masyarakat merasa bahwa PSN tidak dapat mencegah DBD. Beberapa perilaku pencegahan yang dilakukan oleh komunitas masih berkontradiksi dengan perilaku nyamuk *Aedes sp*. Hambatan yang muncul adalah pelaksanaan yang tidak serentak, PSN membutuhkan waktu dan tenaga yang khusus, serta indikator untuk pelaksanaan PSN yang selama ini dianjurkan oleh tenaga kesehatan ternyata tidak sesuai dengan konteks kultur di masyarakat urban Sendangmulyo yang masih berpegang pada prinsip tradisional dan konsep penyakit naturalistik, sehingga mereka sulit untuk menjangkaunya.

Saran

Temuan ini bagi masyarakat diharapkan dapat sebagai bahan pertimbangan untuk memilih metode pengendalian vektor yang sesuai dengan jenis tempat penampungan air yang ada di rumah tangga masing-masing seperti bak semen atau bak keramik. Penyusunan program promosi kesehatan dapat diprioritaskan pada kegiatan pengenalan vektor dan upaya pengendaliannya. Salah satu program yang dapat disarankan adalah melalui pelatihan kader

untuk mengenali tempat-tempat perkembangan jentik, pengenalan stadium perkembangan nyamuk dan praktik langkah-langkah 3M plus yang benar. Pembuatan media kesehatan seperti brosur atau poster untuk PSN dapat menggunakan gambar-gambar tempat penampungan air yang sering digunakan oleh komunitas di Sendangmulyo seperti bak semen daripada bak keramik.

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan rujukan bagi penelitian lain secara kuantitatif untuk mengetahui hubungan kepercayaan dan faktor-faktor sosial budaya yang lain dengan keberadaan jentik di Sendangmulyo ataupun secara kualitatif mengenai konsep pencegahan demam berdarah yang dapat diperdalam lebih lanjut berdasarkan variabel demografi yang lain seperti umur, jenis kelamin dan tingkat sosial ekonomi.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan. Riset kesehatan dasar 2007. Laporan Provinsi Jawa Tengah. 2008.
2. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang 2008. Semarang, 2008.
3. Kelurahan Sendangmulyo. Laporan bulanan monografi Kelurahan Sendangmulyo tahun 2009. Semarang, 2009.
4. Puskesmas Kedungmundu, Laporan rekapitulasi kasus penyakit demam berdarah tahun 2009. Semarang. 2009.
5. Glanz K, Lewis MF, Rimer B.K. Health behavior and health education. Second Edition. Joshey-Bass Publisher. San Francisco, 1997.
6. Simon-Morton, Greene & Gottlieb. Introduction to health education and health promotion, Waveland Press, Illinois, 1995.
7. Davies M, & Macdowall M. Health promotion theory. Open University Press, Berkshire, 2006.
8. Simon-Morton, Greene & Gottlieb. Introduction to health education and health promotion, Waveland Press, Illinois, 1995.
9. Fathi, Soedjajadi K, & Chatarina UW, Peran faktor lingkungan dan perilaku terhadap penularan demam berdarah dengue di Kota Mataram. Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2005; 2(1): 1 – 10.
10. Kendall C. The role of formal qualitative research In Negotiating community acceptance: The case of dengue control In El Progreso, Honduras. Human Organization. 1998;57:217-21.
11. Parks WJ, Lloyd LS. Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide. World Health Organization, Geneva, 2004.
12. Suarez, Robert, Gonzales, Carrasquilla, Quintero. An ecosystem perspective in the socio-cultural evaluation of dengue in two Colombian Towns. Cad.Saude Publica. 2009; 25:104-14.
13. Azwar, S. Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya. Edisi-2. Pustaka Pelajar Offset. Yogyakarta, 2005.
14. Bungin B. Analisis data penelitian kualitatif. PT Rajagrafindo Persada. Jakarta, 2008.
15. Vitcu A, Lungu V, Vitcu L, Marcu, A. Multi-stage maximum variation sampling in health promotion programs' evaluation. Journal of Preventive Medicine. 2007; 15: 5-18.
16. Daymon C, & Holloway, I. Metode-metode riset kualitatif dalam public relations dan marketing communications. (terjemahan). Penerjemah: Wiratama, C. PT Bentang Pustaka. Yogyakarta, 2008.
17. Murti B, Desain dan Ukuran sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta, 2006.
18. Cresswell. Qualitative inquiry and research design; choosing among five traditions. Sage Publications, Inc. The United States of America, 1998.
19. Galanti, G. Caring for patients from different cultures. University of Pennsylvania Press, Philadelphia. 2008.
20. Foster, Anderson. Antropologi kesehatan. (terjemahan). Penerjemah: Suryatama, Meutia, & Swasono. UI Press. Jakarta, 2009.
21. Perez-Guerra, Seda, Enid, Garcia-Rivera. Knowledge and attitudes in Puerto Rico concerning dengue prevention. Pan America Journal Public Health. 2005; 17:243-53.
22. Phunakoonnon, Brough M., Bryan. Folk knowledge about dengue mosquitoes and contributions of health belief model in dengue control promotion in Northeast Thailand. Journal Acta Tropica. 2006. (Internet) tersedia dalam j.actatropica.2006.05.012.
23. Lee HL, & Rohani A. Transovarial transmission of dengue virus in *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* in relation to Dengue outbreak in urban area in Malaysia. Dengue Bulletin. 2005;29:106-11.

24. Yulfi. Persistency of transovarian dengue virus in *Aedes aegypti*. USU Repository. 2006.
25. Rohani, Zamree, Joseph & Lee. Persistency of transovarial dengue virus in *Aedes aegypti* (Linn). Southeast Asian J trop Med Public Health. 2008; 29 (5): 813-6.
26. Llyod, Winch, Ortega-Canto, Kendall. The design of a community-based health education intervention for the control of *aedes aegypti*. Am J Trop Med Hyg. 1994;50(4):401-11.
27. Pates H, & Curtis C, Mosquito behavior and vector control. Annu.Rev.Entomol. 2005;50:53-70.